

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Programa de Intervención para el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas en población adolescente

Realizado por: María del Mar García Palmero

Tutor Académico: Ignacio Montorio Cerrato

Modalidad 3: Programa de Intervención

Máster en Psicología General Sanitaria

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Curso 2017-2018

Grado de participación: la alumna ha participado en el diseño de evaluación, diseño del tratamiento, análisis de los datos y análisis de los resultados esperados.

Resumen

El objetivo del presente trabajo es el diseño de un programa de intervención para el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas (NSSI) en adolescentes. La intervención se llevará a cabo en La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital de Almería, en grupos con edad entre 14 y 18 años y se utilizará la Terapia Cognitivo Conductual (CBT) como método principal de intervención unida a la Terapia Dialéctico Conductual (DCT). El programa incluye 6 módulos que se basan en la Técnica de Psicoeducación, para padres y jóvenes, Técnica de Reestructuración Cognitiva, Solución de Problemas, Control de Impulsos y Técnica de Regulación emocional procedente de la DCT. Los resultados esperados muestran que la intervención podría ayudar en el conocimiento de los aspectos relacionados con la NSSI, en la modificación de patrones de pensamiento disfuncionales, manejo en la solución de problemas, aumento del control de impulsos y en la regulación emocional. La unión de la CBT y la DCT podría ser un potente instrumento para el tratamiento de las NSSI en adolescentes puesto que abarca distintivos aspectos relacionados con las conductas autolesivas.

Palabras clave: autolesiones no suicidas, adolescentes, terapia cognitivo conductual, terapia dialéctico conductual.

Abstract

The objective of this study is the design of an intervention program for the treatment of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in young people. The intervention will be carried out in the Child and Adolescent Mental Health Unit of Almería's Hospital, on groups between 14 and 18 years old. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) will be used as the main method of intervention, linked to Dialectical Behavioral Therapy (DCT). The program includes 6 modules that are based on Psychoeducation Technique, for parents and young people, Cognitive Restructuring Technique, Problem Solving, Impulse Control and Emotional Regulation Technique coming from the DCT. The expected results show that the intervention could help increase knowledge of the aspects related to NSSI, in the modification of dysfunctional thinking patterns, in the improvement of problem solving, increase of impulse control and emotional regulation. The union of CBT and DCT could be a powerful tool for the treatment of NSSI in adolescents because it includes distinctive aspects related to self-injurious behaviors.

Key words: Non-Suicidal Self-Injury, adolescents, Cognitive Behavioral Therapy, Dialectic Behavioral Therapy.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS	1
1.1.1. Clasificación.....	1
1.1.2. Trastornos del DSM-5 relacionados con las NSSI.....	3
1.1.3. Funciones de las NSSI.....	4
1.1.4. Modelo integrador.....	6
1.2. AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES.....	7
1.2.1. La adolescencia como periodo crítico	7
1.2.2. Epidemiología	7
1.2.3. Mecanismos explicativos de las NSSI en adolescentes	9
1.2.4. Evaluación de las NSSI en adolescentes	11
1.2.5. Tratamiento de las NSSI en adolescentes.....	12
2. MÉTODO.....	15
2.1. OBJETIVOS	15
2.2. PARTICIPANTES.....	15
2.3. PROCEDIMIENTO	16
2.3.1. Tipo de diseño de evaluación.....	16
2.4. INSTRUMENTOS.....	16
2.5. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN.....	17
2.6. MÓDULOS DEL PROGRAMA	17
2.7. VIABILIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	36
2.7.1. Presupuesto del Programa de Intervención.....	37
2.8. CRONOGRAMA	38
3. ANÁLISIS DE DATOS ESPERADOS.....	39
4. RESULTADOS ESPERADOS	40
5. DISCUSIÓN.....	43
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
7. ANEXOS	54

1. Introducción

1.1. Las Autolesiones no suicidas

Las autolesiones no suicidas (NSSI) se han definido tradicionalmente como un intento intencional de daño en la superficie de la piel sin intento de suicidio (Nock y Favazza, 2009). La definición incluye la palabra “intencional” por referirse a que “busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo” (Villarroel et al., 2013). Aproximadamente del 1-4% de las personas adultas y del 13-23.2% de los adolescentes presentan NSSI en algún momento de su vida (Jacobson y Gould, 2007).

Esta conducta suele aparecer en la adolescencia temprana, en personas con múltiples trastornos psiquiátricos y en personas sin trastorno diagnosticado (Nock, 2009) y es llevada a cabo mediante diferentes métodos, cortarse, arañarse, quemarse, golpearse, tirarse o arrancarse el cabello e interferir en la curación de las heridas, entre otros (Klonsky, 2011; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004).

Se ha intentado explicar el porqué de las NSSI llegando a la conclusión de que constituyen una forma de elaboración de emociones como tristeza, frustración, vergüenza y enojo o de experimentación de éstas. Las personas que se autolesionan manifiestan que dicha conducta les lleva a reducir el malestar o alivia la ausencia de emociones (Walsh, 2006). Se plantea que a través de las NSSI los individuos requieren control y comunican su emoción (Plante, 2007).

1.1.1. Clasificación

A lo largo de la historia, las NSSI se han clasificado en base a su frecuencia, duración y gravedad, llegando a la conclusión de que existen cuatro tipos de conductas autolesivas principales (Simeon y Favazza, 2001):

- **Conductas autolesivas mayores**

Se han definido como conductas irreversibles y únicas. La gravedad del daño es alta y pueden referirse a la amputación de alguna extremidad. Se relaciona principalmente con la esquizofrenia, así como con otras patologías como la depresión o manía.

- **Conductas autolesivas estereotipadas**

Son aquellas que presentan una frecuencia repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible. El daño es menor y se muestra, por ejemplo, en el Trastorno del Espectro Autista, Trastorno del Desarrollo Intelectual o en otro tipo de patologías neurológicas como el Síndrome de Lesch Nyhan.

- **Conductas autolesivas compulsivas**

Consisten en conductas repetitivas experimentadas como actos automáticos. En este caso el daño fluctúa de leve a moderado. Un ejemplo es rascarse la piel repetidamente o arrancarse el cabello, es por ello por lo que en esta categoría se incluyen trastornos como la Tricotilomanía o el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

- **Conductas autolesivas impulsivas**

En esta categoría la persona siente un previo temor por dañarse, pero presenta un gran impulso que le lleva a autolesionarse y a aliviar la tensión., La severidad del daño oscila entre leve y moderado e incluye conductas como cortarse, quemarse e introducirse objetos punzantes en la piel. Se observa por ejemplo en Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Trastornos del Estado de Ánimo y en personas con antecedentes de abuso sexual en la infancia, entre otros.

Posteriormente se incluye una categorización en la que se incluyen las autolesiones “episódicas” y las “repetitivas”. Se encuentra la comorbilidad existente entre ambas llegando a la conclusión de que las primeras podrían estar más relacionadas con el impulso y las segundas con la compulsión. El presente trabajo se basa en este tipo de autolesiones.

1.1.2. Trastornos del DSM-5 relacionados con las NSSI

Tradicionalmente las NSSI se han estudiado de forma transversal a otros trastornos y a través de la influencia de éstos (Nock, 2009), por lo que la conducta autolesiva se puede considerar a través del transdiagnóstico (Calvete, Orue, Aizpuru, Brotherton, 2015). A continuación, se presenta un breve resumen en el que se menciona los Trastornos del DSM-5 que se han relacionado con las NSSI.

- **Trastornos del Estado de Ánimo: depresión**

Los síntomas depresivos se relacionan con autolesión (Andover et al., 2005; Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003; Ross y Heath, 2002). En concreto la desesperanza está directamente relacionada con la conducta autolesiva sobre todo en mujeres jóvenes (Wilkinson et al., 2011).

- **Trastornos de Ansiedad**

La ansiedad está directamente relacionada con las NSSI, principalmente en mujeres jóvenes (Wilkinson et al., 2011). Parece ser que las autolesiones están precedidas de excitación emocional intensa relacionadas con la ansiedad, y que éstas podrían provocar las conductas autolesivas (Klonsky y Glenn, 2008).

- **Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)**

Tanto el TLP como las autolesiones presentan desregulación emocional y emocionalidad negativa (Gross y Muñoz, 1995; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005).

- **Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Las conductas relacionadas con TCA ocasionadas por emociones negativas son comparables a las que se producen cuando aparecen las NSSI (Jeppson, Richards, Hardman y Granley, 2003).

- **Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)**

En el TOC pueden ser llevadas a cabo conductas autolesivas mediante compulsiones, aunque generalmente estas conductas son empleadas para regular emociones (Nock y Prinstein, 2004; Wilhelm et al., 1999).

- **Abuso de sustancias**

Existe una relación a nivel neurológico y psicológico entre los mecanismos que mantienen la conducta autolesiva y los existentes en el abuso de sustancias, considerando que existe una liberación de endorfinas y que las NSSI son otro tipo más de adicción (Scilletta, 2012).

- **Conducta suicida**

Un historial previo de NSSI, el uso de diferentes métodos de NSSI y la pérdida del dolor asociado a las autolesiones podrían ser factores predisponentes para la conducta suicida (Nock et al., 2006).

- **Experiencias traumáticas asociadas**

Además, de los trastornos relacionados con las NSSI, se estudian las experiencias de la infancia que presenta la población con conducta autolesiva. Se indica que existe una correlación entre los abusos sexuales recibidos en la infancia y las autolesiones en la adolescencia, principalmente en mujeres (Gratz, Conrad y Roemer, 2002). Así como existe, en los hombres, una relación entre el abuso en la niñez, las autolesiones en la adolescencia y la depresión. También se encuentran una relación directa entre el abuso físico infantil y la tendencia a la autolesión (Evren y Evren, 2005).

1.1.3. Funciones de las NSSI

El estudio de las NSSI de forma específica ha sido amplio y se encuentran múltiples y variados modelos que las estudian y explican.

Entre los modelos explicativos de carácter interpersonal basados principalmente en la teoría bio-psico-social encontramos los siguientes (Klonsky, 2009):

- **Modelo de Regulación de los Afectos** que sugiere que las NSSI son una estrategia para calmar afectos negativos agudos y abrumadores.
- **Modelo de la Disociación** que se basa en la despersonalización y desrealización. Las conductas autolesivas producen un acercamiento con la realidad y el yo.
- **Modelo de Conducta Suicida** en la que el individuo usa la autolesión como reemplazo de la conducta suicida.

- **Modelo de la Influencia Interpersonal** como forma de manipulación a otras personas cercanas.
- **Modelo de los Límites Interpersonales** que explica que el no desarrollo de una identidad integrada puede desencadenar en autolesiones que generen una afirmación de la autonomía.
- **Modelo de Castigo** que mantiene que individuos que se desarrollan en ambientes desfavorables aprenden que el castigo es necesario en el comportamiento.
- **Modelo de Búsqueda de Sensaciones** que sustenta un uso de las autolesiones como forma de generar excitación o emociones intensas.

El principal modelo explicativo para las NSSI es el Four-Function-Model (FFM) que se basa en la teoría del comportamiento. Este modelo se centra en cuatro dimensiones principales: refuerzo positivo o negativo y refuerzo automático o social, y contempla cuatro funciones de las NSSI (Nock y Prinstein, 2004).

- **Refuerzo negativo automático**, cuando las NSSI sirven para reducir las emociones negativas o estados cognitivos negativos.
- **Refuerzo positivo automático**, cuando las NSSI sirven para generar emociones positivas o autoestimulación.
- **Refuerzo negativo social**, las NSSI sirven para evitar demandas interpersonales o para provocar el escape de situaciones sociales.
- **Refuerzo positivo social**, las NSSI sirven para obtener atención o generar búsqueda de ayuda.

Para orientar la intervención, el modelo se divide en dos constructos principales: refuerzo social positivo o negativo y refuerzo automático positivo o negativo. En cuanto al refuerzo social, la intervención se orienta a las consecuencias del ambiente cuando se producen las NSSI, y, por otro lado, en cuanto a la intervención del refuerzo automático, la intervención se orienta a la regulación emocional (Calvete et al., 2015).

1.1.4. Modelo integrador

Ante la necesidad de un modelo que englobara todas las variables relacionadas con las NSSI, Nock (2009) nos muestran un modelo integrador que explica los factores de riesgo y de vulnerabilidad que pueden estar causando esta conducta autolesiva.

En el **Gráfico 1** se presentan un modelo explicativo que integra múltiples factores asociados a las NSSI.

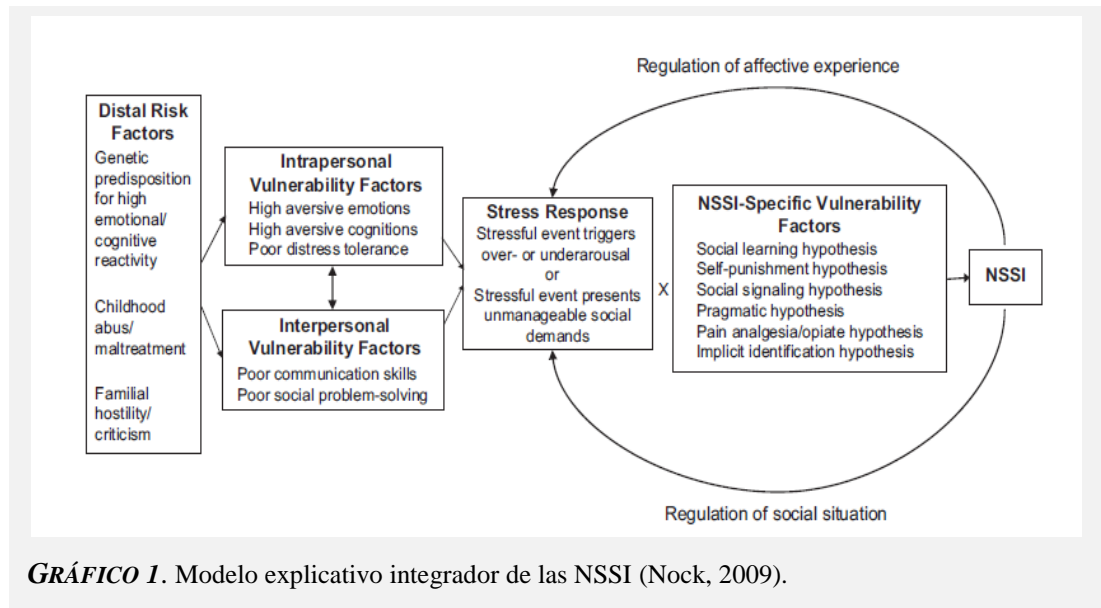


GRÁFICO 1. Modelo explicativo integrador de las NSSI (Nock, 2009).

Este modelo sostiene que las NSSI se mantienen porque regulan de inmediato las experiencias afectivas aversivas y las situaciones sociales. El modelo defiende que existen factores de riesgo distales asociados a las NSSI, tales como, la predisposición genética para una alta emoción expresada, el abuso en la infancia o la hostilidad familiar. Estos factores de riesgo pueden interactuar y ser mantenidos por otros elementos de carácter intrapersonal como las emociones o cogniciones aversivas y la pobre tolerancia al distress, o de carácter interpersonal, como una pobre habilidad comunicativa y de resolución de problemas.

Esta interacción genera una respuesta de estrés que, por un lado, sobrepasa las capacidades de afrontamiento de la persona, y, por otro lado, desencadena un manejo insuficiente de las demandas sociales. Esto, unido a aspectos como el aprendizaje social de las NSSI, supone que estos comportamientos sirvan como una regulación social y afectiva de la situación, y que a su vez desencadenen en una respuesta de estrés.

1.2. Autolesiones no suicidas en adolescentes

1.2.1. La adolescencia como periodo crítico

La adolescencia, definida como el periodo que abarca desde el final de la infancia hasta el inicio de la pubertad, supone un periodo crítico de desarrollo en el que intervienen múltiples factores interdependientes. Además de los cambios hormonales y corporales, son características de este periodo la búsqueda de la identidad y el desarrollo de la personalidad (Conde, 2017).

El adolescente se sitúa en una etapa de diferenciación en la que existe una clara desvinculación de la familia para pertenecer a un grupo de referencia con sus iguales (Zacarés, Iborra, Tomás y Serra, 2009). Aunque la mayoría de los adolescentes presentan un desarrollo normal, este proceso, unido al desarrollo fisiológico, del autoconcepto y al incremento de las relaciones sociales, convierte a los adolescentes en una población de riesgo que puede desencadenar ciertas patologías o hábitos de riesgo que se pueden presentar de forma transversal, tales como consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, trastornos de conducta, conductas suicidas, autolesiones no suicidas, juego patológico y trastornos del comportamiento alimentario (Toro, 2010).

1.2.2. Epidemiología

Las autolesiones no suicidas suelen aparecer en la adolescencia, por lo que es importante considerarlo como periodo crítico (Díaz de Neira et al., 2015). En los últimos años se ha estudiado la prevalencia en cuanto a las NSSI encontrándose diferentes resultados dependiendo de la población. En muestras comunitarias en adolescentes norteamericanos se halla un 7,7% en adolescencia temprana (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2008) y entre 13,9% y 24,4% de adolescentes de secundaria (Muehlenkamp y Gutiérrez 2004). En muestras clínicas se encuentra un 40% de adolescentes que presentan NSSI (Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Tunner, 2008). En cuanto a países europeos en muestras comunitarias se encuentra una estimación de prevalencia promedio de 17,8% en autolesiones que se mantienen de por vida y de 11,5% en autolesiones que se mantienen durante 12 meses (Madge et al., 2008). En España, se encuentra una estimación de prevalencia en muestra clínica del 21,7% (Díaz de Neira et al., 2015).

Demográficamente, aunque no existen resultados concluyentes se indica que la incidencia es mayor en mujeres que en hombres (Guerry y Prinstein, 2010; Whitlock et al., 2011; Barrocas, Hankin, Young y Abela, 2012; Zetterqvist, Lundh, Dahlström y Svedin, 2013). Las chicas jóvenes se cortan más frecuentemente, mientras que los chicos se golpean (Laye-Gindhu y Schornert-Reichl, 2005; Whitlock et al., 2011; Barrocas et al., 2012) y se queman (Cerutti, Manca, Presaghi y Gratz, 2011).

En cuanto a la edad, se produce un aumento progresivo desde la adolescencia temprana, desde los 11 a los 13 años, (Kvernmo y Rosenvige, 2009; O'Connor, Rasmussen, Miles y Hawton, 2009; Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini, 2011) produciéndose un pico en la adolescencia media que disminuye levemente en la adolescencia tardía (17-19 años) (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelly, 2007). Este fenómeno solo ocurre en las chicas, en cuanto a los chicos la prevalencia en edad se mantiene estable (Sourander et al., 2006; Shin et al., 2009).

Entre los métodos de autolesión más usados en adolescentes se encuentran los cortes, los golpes y las sobreingestas medicamentosas (De Leo y Heller 2004), siendo el corte el más utilizado por las mujeres (Barrocas et al., 2012). En muestras clínicas se encuentra que las ingestas medicamentosas o el envenenamiento son los métodos más utilizados (Olsson, Gameroff, Marcus, Greenberg y Shaffer, 2005). En España los métodos más utilizados por los adolescentes son morderse, rascarse la piel y hurgarse una herida (Calvete et al., 2015).

Al igual que la población general, la población adolescente presenta trastornos asociados a las NSSI. A continuación, se presenta una tabla que resume las características clínicas relacionadas con las NSSI en adolescentes, en concreto en la población española (Díaz de Neira et al., 2015).

TABLA 1*Diagnósticos relacionados con la conducta autolesiva (Díaz de Neira et al., 2015).*

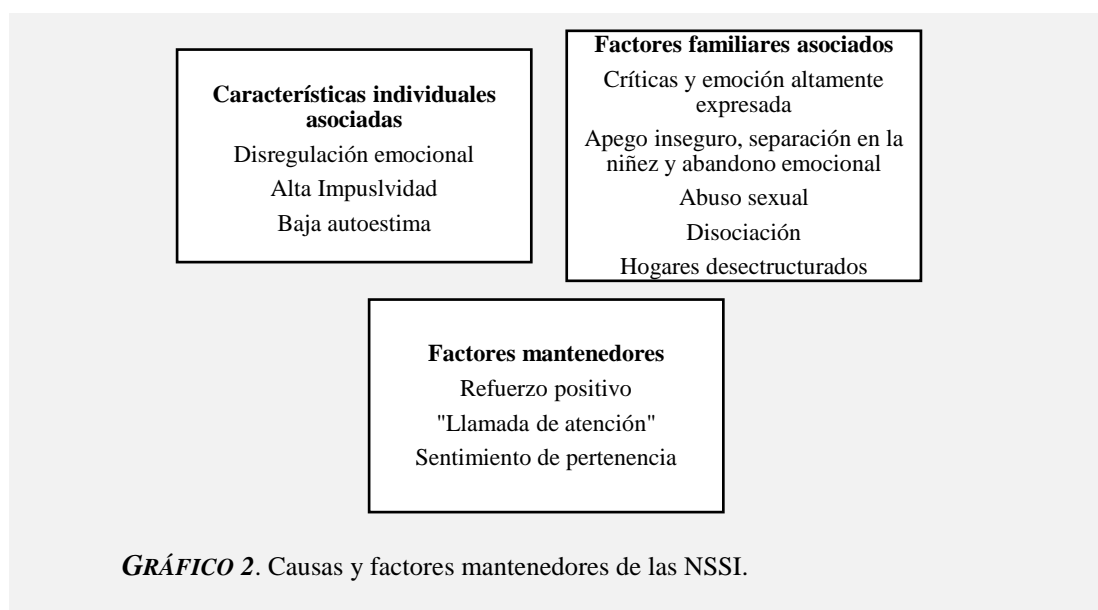
DIAGNÓSTICOS	% (IC 95%)	N=267
Trastorno de conducta*	68,6 (62,7-73,9)	181
Trastorno de ansiedad*	11,4 (8,1-15,8)	30
Trastornos afectivos*	7,6 (5-11,4)	20
Trastornos de alimentación*	4,5 (2,6-7,8)	12
Trastornos neuropsiquiátricos*	4,2 (2,3-7,3)	11
Ninguno	3,8 (2,1-6,8)	10

*Trastornos de conducta: trastorno hiperactivo, trastorno negativista desafiante, trastorno por uso de sustancias y otros.

*Trastorno de ansiedad: trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo y otros, trastornos de adaptación y trastornos somatomorfos. *Trastornos del estado de ánimo: trastornos del humor. *Trastorno de conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. *Trastornos neuropsiquiátricos: trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental, trastornos del aprendizaje, tics y otros diagnósticos no incluidos.

1.2.3. Mecanismos explicativos de las NSSI en adolescentes

Además de las variables generales ya mencionadas en el apartado anterior, también han sido estudiadas otras variables asociadas al riesgo de NSSI en adolescentes. A continuación, se muestra un gráfico resumen de las causas estudiadas tanto individuales como familiares. Posteriormente, se mencionan los factores que podrían estar manteniendo esta conducta.



- **Características individuales asociadas**

Dentro de las características individuales, se destacan dos rasgos principales de personalidad: la disregulación emocional y la alta impulsividad (Frías, Vázquez, Del Real y Sánchez, 2012). La primera de ellas está asociada a sentimientos como la culpabilidad, la rabia, la desesperanza, la angustia y el nerviosismo (Toro, 2010).

La incapacidad de los jóvenes para poner en palabras sus emociones deriva en la expresión de estas a través de la piel, poniéndoles forma, color y ubicación (Lyness, 2015), además de constituir una forma de elaboración del dolor (Mikolajczak, Petrides y Hurry, 2009).

Por último, los adolescentes que presentan baja autoestima también pueden adoptar conductas de autolesión, así como conductas de riesgo tales como el consumo de sustancias tóxicas, lo que les ayuda a adoptar un carácter desinhibido (Alonso y Romero, 2017).

- **Factores familiares asociados**

Los factores familiares son considerados a la hora de explicar las NSSI. Parece que existe una relación entre las autolesiones y el modo de educación, siendo un estilo en el que predominen las críticas a los hijos y la emoción excesivamente expresada por parte de los padres el que podría conducir a las autolesiones (Wedig y Nock, 2007). Los jóvenes utilizan las NSSI como forma de regulación de emociones abrumadoras como hostilidad y ansiedad. (Ross y Heath, 2002; Walsh, 2006).

El apego inseguro, la separación en la niñez, el abandono emocional, el abuso sexual y la disociación son cuatro constructos principales predictores de autolesión (Gratz, 2002).

Por último, parece ser que los jóvenes que proceden de hogares desestructurados y que tienen bajo rendimiento escolar, son más propensos a realizar este tipo de conductas (Cárdenas y Reinoso, 2017).

- Factores mantenedores

Factores como el refuerzo que experimenta el adolescente cuando recibe ayuda y atención por parte de sus familiares pueden ayudar a mantener las conductas autolesivas. Aunque en múltiples ocasiones se ha llegado a hablar de “llamada de atención”, aún no se ha comprobado si los individuos lo hacen de forma consciente (Hilt et al., 2008).

Otro factor mantenedor es el sentimiento de pertenencia a un grupo de iguales, ya que los adolescentes obtienen reforzamiento y gratificación cuando son aceptados, aunque el precio sean conductas de riesgo. En relación con esto, el extenso uso que realizan los jóvenes de Internet y la existencia de páginas “Self-Injury” con las siglas SI, que promueven el desahogo emocional transformado en autolesión, puede ser una forma de crear un sentimiento de identidad propia (Bellido, 2017) y de pertenencia a un grupo (Conde et al., 2017).

1.2.4. Evaluación de las NSSI en adolescentes

Las NSSI se han evaluado tradicionalmente a través de instrumentos relacionados con la investigación. Walsh (2007) enumera instrumentos como La Evaluación Funcional de Automutilación (FASM; Lloyd, Kelley y Hope, 1997), El Inventario Deliberado de Autolesiones (DSHI; Gratz, 2001), La Entrevista de Intento de Suicidio Autolesionado (SASII; Linehan et al., 2006) y La Entrevista de Pensamientos y Comportamientos Autolesivos (SITBI; Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007).

Actualmente, las autolesiones se evalúan de forma sistemática y continua, debido a la alta comorbilidad que existe con otros trastornos, además de recoger su definición topográfica y funcional (Díaz de Neira et al., 2015). La Herramienta de Evaluación de Conductas Autolesivas (NSSI-AT; Whitlock, Exner-Cortens, Purington, 2014) y La Entrevista de Pensamientos y Comportamientos Autolesivos (SITBI) son dos escalas que evalúan los tipos de autolesiones, así como la función que cumplen. La adaptación al español del instrumento SITBI, denominada Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA; García, Blasco, Paz y Baca, 2013), evalúa, además de los tipos de autolesiones, factores relacionados con el suicidio.

1.2.5. Tratamiento de las NSSI en adolescentes

Habitualmente las autolesiones se han tratado de forma secundaria a otros trastornos. La Terapia Dialéctico Conductual ha sido la más utilizada por constituir una terapia efectiva para el TLP muy ligado a las NSSI (Élices y Cordero, 2011). En esta terapia se utilizan técnicas de aceptación y tolerancia a la angustia desencadenante de las NSSI. También se utilizan técnicas de modificación cognitiva como prácticas de atención plena, Mindfulness, validación y aceptación de las emociones y sensaciones corporales tal y como llegan, con el fin de practicar la aceptación emocional y consecuentemente evitar comportamientos disfuncionales como las NSSI (Linehan, 1993).

En cuanto a La Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia de Solución de problemas ha sido una de las primeras en abordar el tratamiento de las NSSI, mostrando resultados prometedores. El protocolo estándar de resolución de problemas con la incorporación de elementos cognitivos interpersonales o conductuales ayuda a mejorar la actitud con la que los jóvenes se enfrentan a los problemas (Muehlenkamp, 2006). Por otro lado, las estrategias cognitivas como la reestructuración cognitiva y los registros de pensamiento abordan las creencias despreciativas hacia uno mismo, así como las creencias distorsionadas hacia las NSSI (Walsh, 2006).

En cuanto a la intervención farmacológica, las NSSI se han abordado directamente a través de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Estos tratamientos antidepresivos han sido muy controvertidos por producir el efecto contrario (Frías et al., 2012).

Por último, la revisión sistemática actual indica que las técnicas basadas en el control de los impulsos, centradas en reducir la reactividad a las emociones desencadenantes de NSSI y mejorar la autorregulación para evitarlas podría ofrecer un gran beneficio en cuanto al tratamiento (Lockwood, Daley, Townsend y Sayal, 2017).

1.2.6. Eficacia de los tratamientos de las NSSI en adolescentes

La eficacia de los diversos tratamientos psicológicos y/o farmacológicos ha sido extensamente estudiada. En concreto, parece ser que la terapia más eficaz experimentada es la Terapia Dialectico Conductual (Mollà et al., 2015), demostrando una disminución en los síntomas asociados y de la hospitalización en adolescentes (Quinn, 2009). Además, se ha comprobado que esta terapia también es eficaz para el manejo de la ansiedad y la

depresión (James, Taylor, Winmill y Alfoadari., 2008), que van especialmente unidas a las NSSI.

El Mindfulness y la Terapia de Resolución de Problemas de forma grupal en adolescentes también es considerado eficaz para el tratamiento de las autolesiones (Frías et al., 2012). Mientras que la Terapia Cognitivo Conductual, que está especialmente indicada para el tratamiento de la ansiedad rasgo, depresión y NSSI, produce reducciones significativas en las tres problemáticas (Taylor et al., 2011).

La medicación centrada en la dopamina, serotonina y opioides también ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de las NSSI, aunque se demuestra mayor eficacia de tratamiento cuando existen relaciones terapéuticas colaborativas, motivación para el cambio y un abordaje directo de las NSSI. (Turner, Austin y Chapman, 2014).

En la **Tabla 2** se muestran los principales tratamientos estudiados para las NSSI en adolescentes.

TABLA 2*Eficacia de las intervenciones realizadas con NSSI (Adaptado de Mollà et al., 2015).*

Tipo de tratamiento	Tipo de intervención	Autor y año	Resultados
DBT*	DBT	Mollà et al. (2015)	Revisión de Tratamientos. Reducción de Autolesiones No Suicidas en 13 estudios.
DBT	DBT	Quinn (2009)	Reducción de hospitalización, de abandono de tratamiento y de Autolesiones No Suicidas.
DBT	DBT	James et al. (2008)	Reducción de síntomas depresivos, desesperanza y Autolesiones No Suicidas
DBT	Mindfulness y Terapia de Resolución de Problemas en grupo	Frías et al. (2012)	Reducción de las Autolesiones No Suicidas a medio plazo (6-12 meses).
CBT*	CBT	Taylor et al. (2011)	Disminución en Conductas Autolesivas, Ansiedad Rasgo y depresión, (estudio sin Grupo Control).
Terapia Farmacológica	Terapia Farmacológica	Turner et al. (2014)	Disminución de Conductas Autolesivas con tratamiento farmacológico unida a motivación de cambio y psicoterapia estructurada.

*DBT: Terapia Dialéctico Conductual

*CBT: Terapia Cognitivo Conductual

2. Método

2.1. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es contrastar la eficacia de un programa de intervención para las Autolesiones No Suicidas (NSSI) en adolescentes.

2.1.1. Objetivos específicos:

1. Conocer las Autolesiones No Suicidas
2. Modificar patrones de pensamiento disfuncionales
3. Manejar la resolución de problemas
4. Manejar el autocontrol
5. Reconocer las emociones y regularlas

2.1.2. Objetivo específico padres:

Objetivo específico: Conocer las Autolesiones no Suicidas

2.2. Participantes

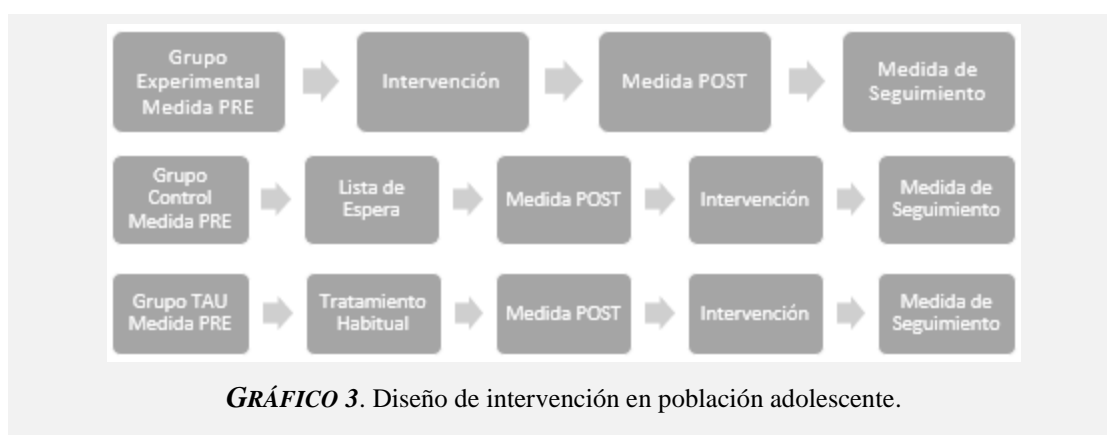
La población diana son los adolescentes con Autolesiones No Suicidas y la población objetivo está formada por 24 adolescentes, con edades comprendidas entre los 14 y 18 años, pertenecientes a la Unidad de Día Infanto-Juvenil del Hospital de Almería. Los criterios de inclusión han sido la edad, entre los 14 y 18 años, y la presencia de Autolesiones No suicidas. Se incluyen jóvenes que se hayan autolesionado esporádicamente, de forma estereotipada, compulsiva e impulsiva.

Se tendrán en cuenta los trastornos asociados a las autolesiones, aunque no supondrán un criterio de exclusión puesto que en el hospital se encuentran ya en tratamiento de dichas patologías. Por lo tanto, no será contemplado ningún criterio de exclusión al considerar que toda la población objetivo se puede beneficiar de dicho programa. Respecto a los familiares, es importante que se encuentren incluidos, pues suponen, como se ha indicado anteriormente, un potente factor predisponente y mantenedor de las autolesiones. Por tanto, el programa se dividirá principalmente en dos grupos, por un lado, población adolescente y, por otro lado, población familia de adolescente afectado.

2.3. Procedimiento

2.3.1. Tipo de diseño de evaluación

La población objetivo se dividirá en tres grupos, Grupo Experimental (N=8), Grupo Control (N=8) y Grupo TAU (Tratamiento Habitual del hospital), (N=8). Se utilizará un *Diseño Pre-Post de Grupo Control No Tratado en Lista de Espera y Grupo TAU*. El Grupo Control y Grupo TAU serán tratados después de la intervención completa con el Grupo Experimental.



2.4. Instrumentos

Tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo Control de adolescentes, se utilizarán como medida pre, dos cuestionarios para valorar la topografía y funcionalidad de las autolesiones: La Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA; García et al., 2013) y la herramienta de evaluación de Autolesiones No Suicidas, The Non-Suicidal Self-Injury Assesment Tool (NSSI-AT; Whitlock, Exner-Cortens y Purington, 2014). Junto con estos dos cuestionarios, se llevará a cabo el Análisis de Narrativas en Grupo, de forma cualitativa, para conocer las posibles patologías asociadas a dichas autolesiones.

En cuanto a los padres se realizará una Primera Entrevista evaluativa de forma individual, junto con el Análisis de Narrativas en Grupo, para evaluar la calidad de la relación familiar.

Transversalmente al comienzo del programa, un mes posterior al programa y al finalizarlo, los pacientes completarán un autorregistro (ANEXO III), en el que se medirán las situaciones de malestar, emociones y pensamientos que desembocan en NSSI. Los

tres autorregistros servirán para visualizar los cambios acontecidos a lo largo del programa y el último de ellos en concreto nos servirá como medida post junto con un Análisis de Narrativas en grupo. Para el análisis cuantitativo se volverán a pasar los cuestionarios mencionados anteriormente.

Por otro lado, ya que se cuenta con participantes menores de edad, se pedirá un consentimiento informado tanto a ellos como a los padres y una autorización para que puedan acceder al programa de intervención (ANEXO I). También se firmará un acuerdo tanto por parte de los padres, como por parte de los jóvenes en el que se explicitarán las normas básicas de la terapia grupal: confidencialidad, respeto por los compañeros y no contacto fuera (ANEXO II).

2.5. Contexto de intervención

El contexto de intervención será la propia Unidad de Día Infanto-Juvenil del Hospital de Almería. Se utilizarán las zonas habilitadas para realizar terapia grupal, es decir, salas grandes. Este programa se impartirá durante la estancia en el Hospital de Día, de 9:00-14:00, en el horario en el que los pacientes se encuentren desocupados, es decir, no será utilizada ninguna hora de terapia grupal psicoterapéutica, ni terapia ocupacional ni enfermería, puesto que se considera que la utilización de las horas de estas actividades podría sesgar el programa. La intervención será supervisada por alguno de los facultativos del hospital, para que los pacientes se sientan cómodos y para no perder el ambiente en el que se encuentran.

2.6. Módulos del programa

Según los modelos explicativos y los factores de riesgo individuales y familiares que repercuten en los jóvenes que presentan NSSI y debido a la magnitud de aspectos que se asocian a esta conducta, el presente programa de intervención se centrará en dos dificultades esenciales: pobres estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales y disregulación emocional.

El programa comenzará con un primer y segundo módulo basado en la Técnica de Psicoeducación para jóvenes y padres respectivamente. En este módulo se tratarán características y tipos de NSSI, causas asociadas, funciones, factores de riesgo y factores mantenedores.

Posteriormente se tratarán factores de vulnerabilidad intrapersonales como cogniciones aversivas y pobre tolerancia al estrés, y factores de vulnerabilidad interpersonales como pobre capacidad en la solución de problemas (Nock, 2009). Para ello, se utilizará la Técnica de Reestructuración Cognitiva, que ha demostrado ser útil en el abordaje de las cogniciones aversivas y para el aumento de cogniciones positivas antes situaciones de estrés (módulo 3). Posteriormente se utilizará la Técnica de Solución de Problemas, que además de constituir una herramienta útil para el manejo de problemas, servirá para el aumento de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés (módulo 4).

Para trabajar la alta impulsividad estudiada como factor de riesgo (Frías et al., 2012), se utilizará la Técnica de Control de Impulsos, módulo 5. En cuanto a la disregulación emocional, es decir, dificultades en la reducción de emociones negativas y en la generación de emociones positivas (Nock y Prinstein, 2004) o alta respuesta emocional aversiva (Nock, 2009), se utilizará la Fase de Regulación Emocional, procedente de la Terapia Dialéctico Conductual que ha demostrado su utilidad en cuanto al manejo y tolerancia al malestar emocional que puede desembocar en NSSI. Por otro lado, a lo largo de todo el programa, se enseñarán técnicas basadas en Mindfulness extraídas y adaptadas del libro Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness para la Depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2015), que servirán como acompañamiento a la Técnica de Regulación Emocional y para trabajar la aceptación de emociones tanto positivas como negativas.

El programa, por tanto, constará de seis módulos, que se dividirán en 14 sesiones de una hora y media. El trabajo con los familiares se realizará a través del módulo 2, y se impartirá paralelamente a la intervención en los adolescentes.

Módulo 1

El objetivo de este módulo es, por un lado, conocer el programa de intervención y, por otro lado, educar en NSSI.

Sesión 1: “Ahora caigo”

Esta sesión se basa en una primera toma de contacto en la que los participantes pueden expresarse con sus compañeros y compartir la primera impresión que tienen acerca del programa de intervención. Se dividirá en cuatro actividades principales:

Actividad	Descripción
¿Quién es quién?	Los pacientes se dividirán en parejas y explicarán qué estudia su compañero o en qué trabaja, una debilidad y una fortaleza.
¿Quién soy yo?	Se realizará una breve terapia grupal en la que ningún paciente estará obligado a hablar ni a colaborar. Los jóvenes podrán expresar sus sentimientos y sus sensaciones cada vez que se realizan las autolesiones, comentar con sus compañeros y empatizar.
¿Qué es esto?	Los pacientes explicarán a grandes rasgos en lo que creen que consiste el programa en forma de discusión. Cada uno de ellos podrá hablar bajo un orden y turno contestando a sus compañeros cada vez que lo desee. Para el establecimiento del orden usamos un cordel que deben pasar al compañero que levante la mano para hablar. Posteriormente la psicóloga explicará el programa de intervención y las bases que se quieren trabajar.
¿Qué puedo conseguir?	En la cuarta actividad cada uno de los asistentes explicará en qué cree que le puede ayudar este programa de intervención y cuáles son los objetivos que quiere conseguir. Dichos objetivos se apuntarán en un papel que se guarda en una caja hasta el final del programa.

Sesión 2: ¡Hasta aquí hemos llegado!

Después del conocimiento del programa y del establecimiento de los objetivos. Se continuará con una sesión de psicoeducación, por un lado, para conocer la diferencia entre emociones, acciones y pensamientos y, por otro lado, para favorecer el conocimiento a nivel psicológico de las NSSI.

Actividad	Descripción
¿Qué ha pasado?	Se empezará hablando sobre cómo se han sentido después de la primera sesión y qué ha cambiado en esta primera semana.
Construyendo y clasificando palabras	Cada participante recibirá cinco papeles en los que se plasman cinco palabras relacionadas con las NSSI. La psicóloga escribirá en la pizarra tres columnas que representan: emociones, acciones y pensamientos. Los participantes dividirán las palabras de los papeles

	en las columnas correspondientes guiados por la psicóloga que utilizará la psicoeducación. Esta actividad trata de inculcar una reflexión acerca del origen de las palabras que se encuentran en su día a día, imprescindible para discernir las emociones, acciones y pensamientos.
Conociendo qué nos pasa	La psicóloga pasará varias cartulinas, en las que los jóvenes deberán pegar post-it de diferentes colores, con palabras escritas por ellos mismos que les recuerden a las NSSI, por ejemplo, “corte”, “daño” y “rabia”. Posterior a ello, el grupo se dividirá en cuatro subgrupos, una cartulina por grupo. Cada subgrupo deberá explicar lo que les transmiten las cartulinas y si se sienten o no identificados con las palabras que se muestran en ellas. La psicóloga explicará la sintomatología, las causas y los factores que rodean a las NSSI a la vez que los participantes explican sus cartulinas.
Relajación	Se realizará un escáner corporal para finalizar la sesión.

Sesión 3: No estamos solos

Posterior al conocimiento del programa y psicoeducación en cuanto a las NSSI, se realizará otra parte de psicoeducación en cuanto a las relaciones familiares y el contexto y cómo afecta a las NSSI.

Actividad	Descripción
¿Qué ha pasado?	Comenzaremos hablando sobre cómo se han sentido a lo largo de la semana.
De dónde procedemos	Se realizará un genograma de cada uno de los participantes para conocer a la familia extensa, a su vez, cada participante explicará quién es quién y qué parentesco y relación mantiene con cada miembro de la familia.
Familia en el día a día	Uno a uno los jóvenes colocarán a sus compañeros en el centro del círculo representando a su familia en una foto, después explicarán las relaciones familiares y su historia familiar. Este ejercicio ayudará a conocer el contexto en el que se ha educado cada uno de los pacientes y es un potente instrumento para formar la historia sobre lo que les

	está ocurriendo. Se empleará la psicoeducación para explicar la importancia de la familia y el contexto.
Saborea	En esta sesión se introduce el Mindfulness para que los jóvenes lo empiecen a practicar en casa a través de la actividad de la “pasa”. Se repartirá una pasa a cada participante y deben sentir su tacto, su sabor, su forma durante unos segundos. Dicha actividad será repetida en casa con los primeros bocados de cada una de las comidas que realicen, se les dará un autorregistro en el que escriban las veces que han practicado la actividad. Se tendrán en consideración los pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria, estos pacientes podrán o no realizar la actividad dependiendo del momento en el que se encuentren y en colaboración con su psicólogo/a.

Módulo 2

El objetivo principal de este módulo es el de educar en NSSI a padres y familiares de adolescentes con esta problemática.

Sesión 1: Sigamos conociéndonos

En la primera sesión se utilizará, sobre todo, la psicoeducación en cuanto a las causas, la sintomatología y los conceptos relacionados con las NSSI.

Actividad	Descripción
Te conozco	La sesión comenzará conociendo a los familiares, para ello hablarán sobre su experiencia en cuanto a sus hijos o familiares y fomentaremos el desahogo emocional.
Le conozco	Se hará un ejercicio parecido al que se realizó en la psicoeducación a los adolescentes, sin embargo, en esta ocasión se utilizarán las cartulinas que sus propios familiares han rellenado de forma completamente confidencial. Los padres y familiares podrán preguntar lo que quieran acerca de lo escrito y la psicóloga explicará las causas, los conceptos y sintomatología en las NSSI.
Me conozco	Finalmente, los padres contarán cómo se han sentido en la sesión y qué es lo que se han llevado de ésta.

Sesión 2: Nos conocemos como familia

Después del conocimiento de las NSSI, los familiares recibirán una segunda sesión orientada al conocimiento de la influencia del contexto en los adolescentes que presentan esta problemática

Actividad	Descripción
¿Qué ha pasado?	En la primera actividad los familiares hablarán sobre cómo se han sentido en cuanto a la sesión anterior y podrán compartir sus experiencias con los demás asistentes.
Nos conocemos	Cada uno de los asistentes contará una experiencia que haya vivido en casa y colocará a otros asistentes de la sala en la escena para representarla. Los demás asistentes comentarán si se sienten identificados y la psicóloga a su vez empleará la psicoeducación para explicar la importancia del contexto y la familia.
Me conozco	En la tercera actividad los familiares contarán cómo se han sentido y qué emociones y pensamientos les ha generado la sesión.

Sesión 3: Nos desahogamos

La tercera sesión estará orientada al desahogo emocional. Los familiares hablarán sobre su experiencia y explicarán en qué ha cambiado el ambiente familiar después del desarrollo del programa de intervención.

Actividad	Descripción
Pasado	Los familiares hablarán sobre cómo se han sentido en cuanto a la sesión anterior.
Presente	Se hará una breve terapia multi-familiar en la que los asistentes hablarán sobre su experiencia en cuanto al programa y en cuanto a los cambios acontecidos.
Futuro	Finalizaremos la sesión regalando un bolígrafo conmemorativo del programa.

Módulo 3

Después de trabajar la psicoeducación tanto con los adolescentes como con la familia se considera que el grupo podrá empezar a trabajar las dificultades que se les plantean en las NSSI.

El siguiente módulo se centrará en los patrones de pensamiento disfuncionales. El objetivo principal es la modificación de estos patrones a través de una técnica Cognitivo Conductual: La Reestructuración Cognitiva. Este módulo se dividirá en tres sesiones.

Sesión 1: Emoción-pensamiento-acción

Esta sesión irá orientada a la reestructuración de creencias en cuanto a uno mismo y a las NSSI.

Actividad	Descripción
Pensamiento	Se empezará la sesión explicando en qué consiste la reestructuración cognitiva, cada participante podrá preguntar lo que quiera y deberán entregara el autorregistro proporcionado en la anterior sesión.
Acción	Se recordará la diferencia entre emoción, pensamiento y acción en base a los autorregistros y a la sesión en la que se trató este tema.
Opción	Posteriormente cada participante hablará sobre una situación que le preocupe y se tratará de buscar dos pensamientos para la misma situación, por ejemplo: un familiar tuyo da un portazo, piensas que está enfado/a ¿Qué haces? ¿Cómo te sientes? La otra opción sería, un familiar tuyo da un portazo, piensas que ha sido la corriente de viento ¿Qué haces? ¿Cómo te sientes?
Emoción	Se realizará otro tipo de ejercicio de Mindfulness. Cada participante se tumbará por la sala, cada uno en una colchoneta y se practicará la atención a la respiración. Para ello la psicóloga dará una serie de pautas de cómo respirar bien, inspirando, espirando y centrando la atención a la respiración y en cómo aumentan y disminuyen los pulmones, todo ello se realizará con los ojos cerrados, aceptando los pensamientos tal como vienen y dejándolos ir para volver a centrar la atención en la respiración. Posterior a este ejercicio se pedirá un

	feedback a los participantes para que nos cuenten cómo se han sentido y qué sensaciones han tenido
--	--

Sesión 2: ¿Sí o no?

La segunda sesión de este módulo estará centrada en el cuestionamiento socrático de los pensamientos reflejados en el autorregistro que hemos recogido en la sesión anterior.

Actividad	Descripción
Mi-pensamiento	Los participantes pasarán su autorregistro a uno de sus compañeros y hablarán sobre los pensamientos que se plasman en éste. En esta actividad recogeremos una primera impresión acerca de las sensaciones que les generan los pensamientos de sus compañeros y si se sienten identificados.
Mi-no-pensamiento	Posteriormente, se realizará un debate sobre lo leído, los participantes hablarán sobre los pensamientos y tratarán de hacerse las siguientes preguntas: - ¿Es realista lo que mi compañero está pensando? - ¿Está basado en hechos objetivos? - ¿Existe alguna evidencia? – ¿Lo pienso yo en algunas ocasiones?
Camina	En esta sesión realizaremos otro ejercicio de Mindfulness, en este caso, los participantes estarán de pie, descalzos y con los ojos abiertos. Se colocarán colchonetas, sábanas, cartulinas y otro tipo de instrumentos con diferentes texturas a lo largo de la sala. Cada uno de ellos se paseará por la sala con la mirada en los pies y sintiendo el tacto del suelo, las colchonetas, las sábanas y toallas.

Sesión 3: El futuro

En esta tercera sesión se hablará sobre las visiones que nuestros participantes tienen acerca de la realidad. Se utilizarán situaciones que ellos mismos cuenten y se expondrán en sesión.

Actividad	Descripción
Futuro	Cada participante escribirá en un papel una situación que le genere pensamientos negativos, por ejemplo; “me siento ansioso/a cuando voy a un sitio con mucha gente”. Los compañeros comentarán esta frase, contarán si se sienten o no identificados y se realizará un teatro con el acontecimiento en sí. Se utilizarán disfraces de todo tipo.
Presente	Después del teatro se plantearán dos preguntas principales para el manejo de estas situaciones estresantes, “¿Qué pasaría sí?” y “¿Qué es lo peor que podría pasar?”. Se hablará sobre el peor de los casos con el fin de reducir las distorsiones cognitivas.
Escucha	En esta última actividad, los participantes realizarán otro ejercicio relacionado con el Mindfulness. Se tumbarán en colchonetas y con los ojos cerrados se centrarán en los sonidos de la sala, si en ese momento la sala está en silencio se centrarán en el silencio de la sala, la psicóloga en algunas ocasiones podrá realizar algún sonido no muy estrepitoso para que los pacientes se limiten a escuchar y estar atentos de sus sensaciones corporales en cuanto a los sonidos.

Módulo 4

El objetivo de este módulo es manejo en la solución de problemas.

Para ello utilizaremos otra técnica Cognitivo Conductual: Entrenamiento en solución de problemas, con el fin de transferir las dificultades planteadas en terapia a diferentes situaciones que se les planteen diariamente. Los pacientes se encontrarán con problemas que deberán solucionar en la misma sesión y que pueden estar relacionados con emociones negativas derivadas en autolesiones.

Sesión 1: Sabiduría

En esta primera sesión los jóvenes tendrán la oportunidad de reconocerse a ellos mismos como “expertos” en alguna materia. De esta manera, consideramos que éstos se pueden dar cuenta de que son capaces de resolver situaciones de la vida con menos esfuerzo y que esto puede ser aplicado a otras situaciones en las que se consideren más vulnerables o menos “expertos”.

Actividad	Descripción
El experto	<p>Los participantes se colocan en círculo y con un folio deberán apuntar una actividad que consideran que hacen bien, en la que se consideran “expertos”. Posteriormente cada persona enseñará su papel a sus compañeros, éstos deberán hablar sobre cada una de las actividades y “El experto” podrá resolver todas las dudas que los compañeros le planteen.</p>
Congelán-donos	<p>En base al ejercicio anterior, los participantes se disfrazarán de aquello que represente mejor la actividad que han elegido como expertos. Posteriormente, cada participante representará esta actividad, es decir, si la persona ha elegido baloncesto, podrá “hacer como que tira una canasta”. La psicóloga congelará a la persona antes de realizar el ejercicio y se hará una reflexión con el grupo describiendo los pasos en los que se divide “tirar una canasta”. Se le pondrá un “tick” a cada uno de los pasos que la persona ha hecho bien a lo largo de su vida y que le han ayudado a encestar una canasta. Justo en el instante antes de hacer la acción propuesta el paciente tratará de describir cómo se siente y qué es lo que se dice a sí mismo justo antes de tirar la canasta, por ejemplo, “me siento capaz”, “voy a encestar”, “se me da bien”. Este ejercicio servirá como modelo para la identificación de las autoverbalizaciones, en este caso positivas, que se hallan cuando realizan un ejercicio que se encuentra bajo su control.</p>
Descon-gelándonos	<p>Los participantes deberán elegir una actividad que consideren que les provoca el sentimiento de frustración que podría derivar en autolesiones. En esta actividad se necesitará mucha concentración y precisión, pues los pacientes deben elegir muy bien aquello que les provoca exactamente el sentimiento de frustración para que el ejercicio pueda llevarse a cabo. Volverán a disfrazarse y representarán una escena que simbolice la actividad elegida. Por ejemplo, Carmen ha elegido la actividad de cocinar, en muchas ocasiones se le ha quemado la comida y termina dejando la receta y frustrándose. Carmen representará la actividad de cocinar,</p>

	<p>mencionará en voz alta lo que se dice cuando está cocinando que en este caso es “no soy capaz”, “se me va a quemar la comida”, “a nadie le va a gustar”, “no valgo para nada”. Posteriormente Carmen cambiará estas autoverbalizaciones por otro tipo que escogerá del ejercicio anterior adaptadas a este tipo de situación, en este caso, “me siento capaz”, “voy a hacerlo bien”, “se me da bien”. Este ejercicio es imprescindible para la práctica de las autoverbalizaciones positivas, los pacientes recibirán la instrucción de practicarlo en casa tanto con la actividad seleccionada en el programa como con otras actividades que consideren que se les escapan de su control y que provocan en este caso el sentimiento de frustración derivado en autolesiones. Se tendrá en cuenta que algunas actividades no les salgan bien a pesar de las autoverbalizaciones positivas, en este caso se hará referencia a los ejercicios de reestructuración cognitiva, y se recordará la pregunta ¿qué es lo peor que puede pasar si lo hago mal?</p>
Relajación	<p>Esta sesión terminará con un escáner corporal que se centrará en las sensaciones del cuerpo y en dónde se encuentra la tensión.</p>

Sesión 2: Posibilidades

Esta tercera sesión irá destinada especialmente a la técnica de Solución de Problemas, a través de un problema que sea cercano a los jóvenes. Posteriormente, se realizará un ejercicio en el que se trabaje la imaginación para generar alternativas con el fin de que se aplique a otras situaciones.

Actividad	Descripción
Voilà	<p>En un primer momento, los participantes se colocarán en un grupo grande, se hará una lluvia de ideas sobre los pasos para la solución de un problema y se propondrá un ejemplo de problema, en este caso, “llevar mal el examen de matemáticas”, los pacientes escribirán en la pizarra los pasos para la solución de este problema orientados por la psicóloga.</p>

	<p>1. <i>Nos damos cuenta</i> de que llevamos mal el examen de matemáticas.</p> <p>2. <i>Definimos el problema</i>; llevamos mal el examen de matemáticas porque no hemos estudiado durante el curso y no entendemos algunos de los ejercicios.</p> <p>3. <i>Generamos alternativas</i>, por ejemplo: ponernos a estudiar buscando soluciones en internet, estudiar con un compañero y/o familiar que nos ayude, hacer muchos ejercicios hasta que los saquemos, dejar de estudiar, darlo por perdido. Después de toda esta lluvia de idea sobre pasos en cuanto al problema y generación de soluciones.</p> <p>4. <i>Elegimos entre todos, la solución</i> que más nos convenga. Voilá, el problema está solucionado o al menos hemos dejado de sentir esa sensación de incertidumbre a la que también daremos nombre en sesión para que los pacientes sepan de qué sensación se trata.</p>
Abanico de posibilidades	<p>Los participantes se colocarán en dos grupos, cada grupo tendrá un problema representado con un abanico y distintas soluciones sobre éste pegadas en dicho abanico. El problema será común y de interés público. Cada uno de los participantes representarán un papel en el problema, por ejemplo, en este caso elegiremos la extinción del lince ibérico y, por otro lado, la contaminación en Madrid. Ambos problemas no necesitarán una solución exacta y precisa, no se trata de encontrar la solución a estos problemas sino de expresar opiniones y practicar la generación de alternativas. Se comenzará, aportando pequeñas tarjetas pegadas en el abanico con soluciones alternativas que serán completamente generales. Después de esta tarea los participantes expondrán la solución de su problema y cómo han llegado a esa conclusión. Los alumnos del otro grupo expresarán sus ideas con los pros y los contras que ven en la generación de sus alternativas.</p>
Relajación	<p>Como en la sesión anterior realizaremos un escáner corporal posterior, identificando las sensaciones de las partes de nuestro cuerpo.</p>

Sesión 3: Laberintos de decisiones

Esta tercera sesión estará formada por una primera actividad en la que se fomentará el trabajo en equipo seguida de una segunda actividad en la que se trabajará nuevamente la solución de problemas, pero de forma individual.

Actividad	Descripción
Perderse para encontrarse	En base a la actividad anterior los participantes se colocarán en parejas, cada pareja irá vestida de un color distinto o llevar una prenda de un color distinto. Los pacientes y la psicóloga construirán una especie de laberinto con las sillas de la sala. En dicho laberinto pegarán flechas en el suelo con cinta adhesiva que conducirán hacia una parte o hacia otra. En cada dirección habrá una alternativa aleatoria acerca de las NSSI, por ejemplo, si en la primera parte del laberinto escoges la dirección izquierda tu “destino” será “pelear con un familiar cercano”, posteriormente si vas a la derecha tu destino será “quedarte solo en casa”, las alternativas podrán ser más acertadas o menos y dependerán de la experiencia de cada uno con las NSSI. Se fomentará la imaginación a través de esta actividad, así como la solución de problemas a través de un aprendizaje deductivo. Los participantes irán en parejas para que la actividad se realice de una forma más fluida. Una vez que se obtenga el laberinto los participantes jugarán a él, adentrándose y escogiendo las alternativas que deseen.
Nuestro propio abanico	Una vez que se fomente el trabajo en equipo, los participantes podrán practicar la solución de problemas individualmente y en base a sus mayores problemas. En este caso cada participante escogerá una dificultad que le perturbe en su vida diaria. Por ejemplo, Cecilia ha elegido “no tener dinero para un concierto”, este problema es grande para ella y le genera tristeza y a veces mucha frustración, aunque quedan unos meses para el concierto no sabe cómo conseguir el dinero. Cada participante escribirá en un papel la definición de su problema, posibles soluciones y solución elegida y lo expondrá al

	grupo. El grupo reforzará las decisiones tomadas o las refutará con argumentos para fomentar la autocrítica y generar alternativas.
Relajación	En esta sesión realizaremos Relajación Progresiva de Jacobson, tensando y relajando músculos. Esto nos servirá como ejemplo y símil de nuestra sesión, pues explicaremos que tensar una parte de nuestro cuerpo en un momento dado puede derivar en relajación. “Encontrarnos frente a un problema nos da la oportunidad de generar muchas soluciones”.

Módulo 5

El objetivo principal de este módulo es fomentar el autocontrol en nuestros participantes, pues se considera que es una característica imprescindible para el manejo de las autolesiones.

El autocontrol será trabajado tanto para la impulsividad en la autolesión como para otro tipo de situaciones que el joven pueda presentar, para ello se utilizará otra técnica Cognitivo Conductual: Técnica de autocontrol, que en combinación con el entrenamiento en solución de problemas puede resultar muy potente

Sesión 1: CTRL

Esta primera sesión será introductoria. Se dividirá en tres partes, una primera parte lúdica en la que se fomentará el autocontrol a través del juego. Y una segunda parte en la que se hará un autorregistro de situaciones controladas y descontroladas, el ejercicio finalizará con Mindfulness.

Actividad	Descripción
Bailando, bailando	En esta actividad los participantes se encontrarán de pie. Cada uno de ellos dará vueltas por la habitación bailando de una manera divertida. Se pondrá la música que ellos elijan y podrán mover las caderas al ritmo. La psicóloga parará la música, cada participante irá directo a una pareja que tenga cerca y se colocará justo en frente. Ambos tendrán una misión que es mirarse a los ojos y aguantarse la risa.

Descontrol	Se realizará un autorregistro de pérdida de control, los participantes se colocarán en círculo una vez más y recibirán autorregistro en el que se plasmarán las situaciones de control/descontrol. Los participantes deberán anotar las situaciones en las que pierden el control en su día a día, las sensaciones corporales, el pensamiento asociado y la conducta que realizan posteriormente.
Autocontrol	Los participantes seguirán sentados en círculo, en este caso recibirán un papel en el que deberán identificar una serie de situaciones en las que hayan mantenido el control, la lista de situaciones controladas irán de menor a mayor grado, dependiendo de la persona y la importancia que le dé a cada una de las situaciones controladas. Dicho ejercicio se realizará en forma de lluvia de ideas para que no se pierda la imaginación y todos los participantes escojan al menos tres situaciones de control. Posteriormente, se volverá a realizar el mismo autorregistro que se referirá, en este caso, a las situaciones controladas.
Piensa	Se realizará un ejercicio de Mindfulness. En este caso, el objetivo será centrarse en los pensamientos que abruman a los participantes en ese momento. Se tratará de cambiar la atención a otros pensamientos positivos o que no generen malestar, los jóvenes se centrarán solamente en los pensamientos negativos para dejarlos ir como si de una película se tratase. Contener los pensamientos, aceptarlos y dejarlos ir. Este último ejercicio servirá para recopilar todas aquellas emociones que se han generado en la sesión y que son derivadas en las situaciones que los participantes consideran como “no controladas”, que a su vez pueden estar generando las NSSI.

Sesión 2: Lenguaje de las emociones

Esta segunda sesión está muy unida a la sesión anterior. Los participantes realizarán dos ejercicios principales, uno de confianza en el grupo, control y liberación de emociones no dañina y otra destinada al desahogo emocional. La sesión terminará con un ejercicio de Mindfulness relacionado con el control.

Actividad	Descripción
Yo te contengo	<p>Los participantes se colocarán en parejas e imitarán una postura no muy difícil en la que uno de ellos “sostenga” al otro. Se analizarán cada una de las posturas de forma individual con los demás compañeros explicando cómo se han sentido cada uno de ellos con la postura realizada. El “sostenedor” será el paciente y la pareja será en este caso “la emoción”. Se explicará el símil: “En ocasiones sostenemos emociones que nos pesan mucho, sin embargo, estas emociones son necesarias y hay que saber asumirlas, contenerlas y acompañarlas hasta que estemos preparados para dejarlas ir, en el momento en el que nos suponen mucha pesadumbre es cuando la emoción no se encuentra a gusto con nosotros ni nosotros con ella, entonces debemos dejarla ir.”</p>
Hablemos	<p>La segunda actividad está destinada a la identificación de los sentimientos y desahogo emocional. Se tendrá en cuenta que los participantes estarán abrumados por las situaciones que han sacado a la luz que les provocan en muchas ocasiones un sentimiento de frustración. Dejaremos un espacio destinado a que hablen en grupo sobre cómo se han sentido y qué les ha provocado esta actividad.</p>
Torre de control	<p>Para finalizar con el módulo se realizará una técnica de atención plena y autocontrol. Los participantes se colocarán en el suelo y jugarán a la torre de piezas de colores. Simplemente deberán centrarse en el juego, evadir todo lo demás e intentar controlar que no se caiga cada una de las piezas. Este juego se realiza como símil del control-pérdida de control, cuando una de las piezas entra mal se caerá toda la torre, en este momento, la psicóloga explicará que esto es una forma de descontrol, que no necesariamente tiene que derivar en situaciones catastróficas, difíciles o en este caso dañinas para la salud. Se trata de fomentar el autocontrol sin fomentar el exceso de control.</p>

Módulo 6

El objetivo principal de este último módulo es el trabajo del “control emocional”. Para ello se utilizará de forma breve una técnica adaptada de la Terapia Dialéctico Conductual, en concreto se utilizará la fase de “regulación emocional” a través del “entrenamiento de habilidades en grupo”. No se profundizará en esta terapia, pues se considera que para ello sería necesario emplear un programa completo.

Sesión 1: Preparación emocional

Esta primera sesión comenzará con el control emocional, en primer lugar, se hablará en grupo sobre cómo ha ido la semana y se seguirá con una técnica de Mindfulness basada en “los sonidos y los pensamientos”, después se hará una dinámica de grupo centrada en la experimentación de la “la tristeza”.

Actividad	Descripción
Cerrado	Se comenzará hablando sobre la semana de cada uno de los participantes, éstos comentarán cómo se han sentido, cómo les va y cómo creen que se adaptarán después. De esta manera empezamos a cerrar el programa.
Escucha, piensa	La segunda actividad irá destinada a la práctica de Mindfulness, en concreto se centrará en la atención a los pensamientos y a los sonidos. En primer lugar, los participantes se concentrarán en los sonidos de la sala, y una vez que estén concentrados en los sonidos, sonidos que permanecen, que se van, que tienen diferentes frecuencias, intensidades y tonos, se centrarán en los pensamientos, al igual que en los sonidos, prestando atención y dejándolos ir, como si se tratase de la proyección de una película. Esta actividad nos servirá de entrenamiento para la concentración en los pensamientos, imprescindible para la actividad posterior centrada en la Terapia Dialéctico Conductual.
Despedida	Esta segunda actividad estará destinada a realizar la dinámica grupal “Refugio Subterráneo” que adaptaremos, para que los participantes puedan expresarse emocionalmente. La técnica presenta la siguiente narrativa, “la ciudad está amenazada por bombardeo, pero existe un

	<p>refugio subterráneo en el que sólo se pueden salvar seis personas.”</p> <p>Los jóvenes se pondrán en círculo, cada joven se levantará y salvará a seis personas dándole palitos de dientes, la seis personas que al final de la sesión tengan más palitos serán las que se salven. Estas personas estarán dentro del “Refugio Subterráneo”. Pondremos entonces la sala con seis sillas en las que estarán sentados las seis personas salvadas y en frente, todos los demás y se les dirá a nuestros participantes que sus familias también se han salvado y están con sus compañeros, cada joven hablará individualmente con los salvados y con su familia, delante del grupo, para despedirse. Se considera que esta dinámica puede servir para experimentar la tristeza. Una vez experimentada, los jóvenes se dividirán en grupos y contarán qué han sentido y cómo la han vivido con el fin de disminuir el arousal y como desahogo emocional. La psicóloga sugerirá que cierren los ojos y acepten los pensamientos que les vienen y los dejen ir, una vez más como si se tratase de una película. En esta ocasión los participantes no podrán autolesionarse pues se encuentran en un entorno seguro, por lo que deberán hacer otra cosa, en este caso los animamos a que realicen algo que les sirva de todos los ejercicios de Mindfulness que se han realizado. Por ejemplo, escáner corporal, atención a la respiración, atención al caminar... De esta manera se habrán utilizado todas las partes de la Regulación Emocional en Terapia Dialéctico Conductual (Soler, Elices y Carmona, 2016): experimentación de emociones sin disociación, reducción de arousal fisiológico, reorientación de la atención, inhibición de acciones estado-de-ánimo dependientes y atención a otra meta.</p>
--	---

Sesión 2: Me enfado

Esta segunda sesión será exactamente igual que la anterior, pero en esta ocasión se elegirá la emoción “ira”. Se hará una primera actividad de terapia grupal, segunda actividad con atención a los pensamientos y tercera actividad con experimentación de la ira.

Actividad	Descripción
¿Qué ha pasado?	Se hablará de la semana anterior y se seguirá cerrando el programa.
Escucha, piensa	Se realizará la atención a los pensamientos de la anterior sesión.
Enfádate	En esta tercera parte se realizará una actividad orientada a trabajar la aceptación de la ira. Para ello, cada participante representará una escena que le haya ocurrido en un máximo de un mes. Los jóvenes representarán esta escena con sus compañeros de forma que experimenten la ira. Posterior a ello, los jóvenes se centrarán en los pensamientos que les sugieren la experimentación de la ira y los dejarán ir una vez más, finalmente los animaremos a que realicen una acción alternativa relacionada con el Mindfulness.

Sesión 3: Cuido de mí.

La tercera sesión irá destinada al cierre del programa de intervención, será una sesión poco intensa para que los participantes puedan irse de forma tranquila y relajada. Se dividirá en tres partes: una primera parte en la que se hablará sobre lo que han mejorado desde que llegaron, qué se han llevado, qué les ha faltado y qué cambiarían del programa, esta primera actividad será evaluativa y servirá como “análisis de narrativas” post tratamiento, una segunda parte en la que se hará una dinámica grupal de confianza con el componente emocional “alegría”, y, por último, un cierre con Mindfulness.

Actividad	Descripción
Por mí	En esta primera actividad se hará, como hemos mencionado una reevaluación con “Análisis de Narrativas” junto con un autorregistro final. En esta reevaluación, se tratarán temas como, cómo se sienten actualmente, cómo afrontan las autolesiones, cómo afrontan las emociones, qué tal se encuentran en casa, qué sensaciones tienen respecto a la ayuda brindada por el programa de intervención y qué cambiarían de éste.

Por ti	En la segunda sesión, se hará una dinámica grupal destinada a la emoción “alegría”, para ello, los participantes se sentarán en círculo, en el suelo con las colchonetas y se reirán de diferentes maneras. Cada persona debe reírse como se ríe en la vida real, y los demás deberán imitarlo, fomentando el reír para, de esta manera, fomentar también la alegría.
Por los demás	Los participantes realizarán un ejercicio denominado “Cómo puedo cuidar mejor de mí”. Se repartirán folios y cada participante deberá escribir en dos columnas por un lado las vivencias que le “nutren”, es decir, que aumentan la sensación de sentirse vivo, y, por otro lado, las “no nutrientes” o “desenergizadoras”.

2.7. Viabilidad del Programa de Intervención

En este apartado se explicarán las posibles dificultades del programa de intervención.

- Factores motivacionales

Se tendrán en cuenta posibles dificultades motivacionales en los padres o familiares de la población adolescente. Se valorará que es una actividad extra y que los familiares pueden carecer de tiempo. Para aumentar la motivación se les regalará un bolígrafo conmemorativo del curso. Además, se fomentará la implicación desde el principio del programa, haciéndoles firmar los acuerdos y consentimientos a la vez que se les explica en qué consiste el programa y los beneficios que puede tener su implicación.

- Factores éticos

Es importante que tanto los adolescentes como los familiares estén informados en todo momento de los temas tratados en el programa de intervención, de los objetivos para los que se imparte, de la duración de este y de los fines para los que se utilizarán los datos personales. Para ello, tanto familiares como adolescentes firmarán el consentimiento informado. También se tendrá en cuenta que participan jóvenes menores de edad, se firmará una autorización por parte de los padres/tutores para tener constancia de que consienten la participación en el programa.

- Factores económicos

En cuanto a los factores económicos, no se considera que el programa deba de estar financiado, pues el dinero que se necesita para la implementación no es significativo. Encontramos tres tipos de materiales; aquellos que ya se encuentran en el hospital, es decir, las sábanas, las colchonetas y el radio-cassette. El material fungible, es decir aquel material que se renovará cada vez que implantemos el programa. Y, por último, el material inventariable, es decir, aquel que puede ser reciclado. En la siguiente tabla se muestra el presupuesto total.

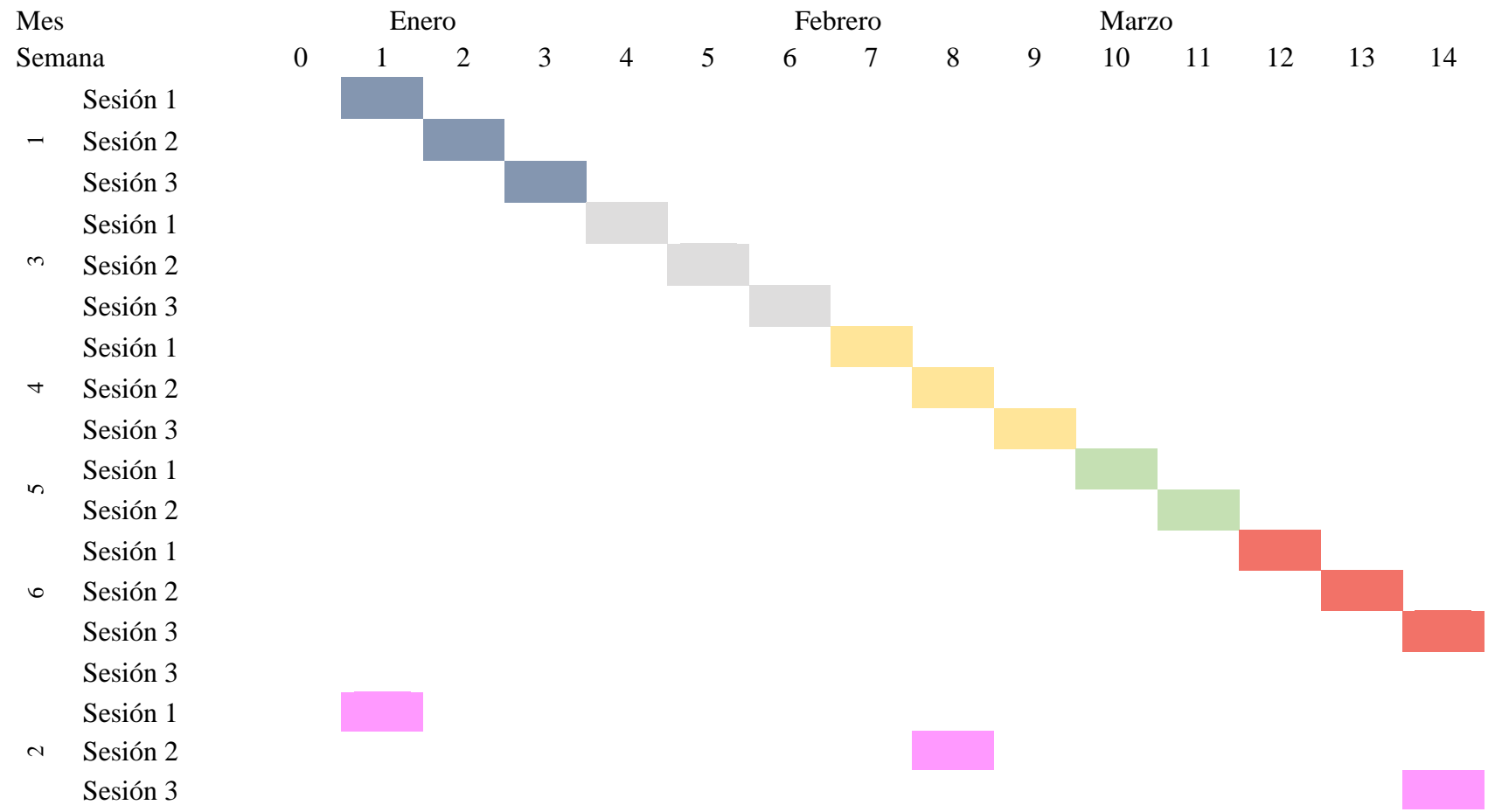
2.7.1. Presupuesto del Programa de Intervención

TABLA 3

Presupuesto del material del programa de intervención

Tipo	Cantidad	Materiales	Precio
Material fungible	20	Folios impresos (cuestionarios)	2,80€
	1	Paquete de folios	3,5€
	5	Cartulinas	3,75€
	1	Paquete de Post-it	1€
	1	Paquete de uvas pasas	2,5€
	25	Bolígrafos conmemorativos	50€
Material Inventariable	1	Ovillo de lana (cordel)	1€
	1	Caja	3€
	4	Juegos de mesa	26€
	1	Tijeras	1,20€
	1	Paquete de lápices	2,10€
	10	Cartulinas con brillantina	7,50€
	1	Paquete de peluches pequeños	10€
	5	Papel con pompas	2€
	3	Botellas de plástico	1,80€
	3	Cartones	2,30€
	1	Disfraces	25€
	1	Palillos de dientes	0,90€
	5	Abanicos	25€
			Total: 171,35€

2.8. Cronograma



3. Análisis de datos esperados

Para el análisis de los datos cualitativos se analizará el autorregistro final y el análisis de narrativas en grupo comparándolo con estos mismos datos recogidos al principio del programa de intervención. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizará un ANOVA de medidas repetidas con dos factores para cada una de las variables criterio del programa. El factor intrasujeto será el momento de intervención (pre y post) y el factor intersujeto sería el tipo de intervención (Grupo Experimental, TAU y Grupo Control). Se medirá si existen diferencias significativas entre los tres grupos y en los distintos momentos de la intervención.

Si se demostrara la eficacia del programa, la variable intersujeto sería significativa e indicaría que los grupos son distintos entre sí. La variable intrasujeto también sería significativa e indicaría que las puntuaciones cambian entre los dos momentos pre-post tratamiento, aunque no indicaría en qué grupos. Por último, la interacción entre grupo*momento también sería significativa e indicaría que uno o dos grupos del programa han cambiado entre pre-post tratamiento, pero no los tres grupos.

Se presentarán una serie de gráficas en las que se visualizará el cambio y las diferencias entre grupos en el pre-post tratamiento (Gráfico 4). Para saber si existen estas diferencias se realizarán comparaciones múltiples con corrección de Bonferroni para compensar el error cometido al ir realizando múltiples comparaciones dos a dos.

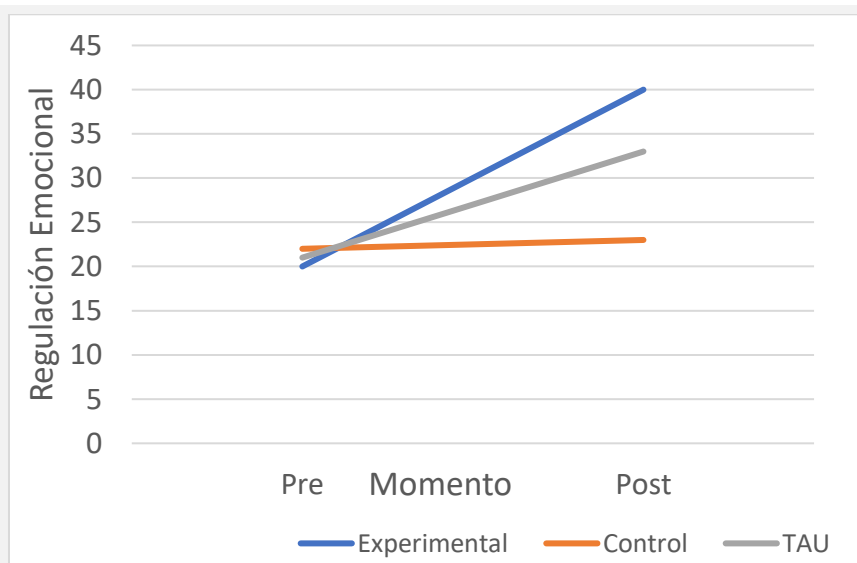


GRÁFICO 4. Ejemplo de gráfico para los resultados de la intervención en Regulación Emocional

4. Resultados esperados

Resultados centrales

Objetivo general: tratamiento de las NSSI en adolescentes

Nº resultado	Resultado esperado	Técnica empleada	Tiempo estimado
Resultado 1	Conocimiento a nivel psicológico de las NSS	Psicoeducación	3º semana
Resultado 2	Modificación de patrones de pensamiento disfuncionales	Reestructuración cognitiva	6º semana
Resultado 3	Manejo en la solución de problemas	Solución de problemas	9º semana
Resultado 4	Aumento del autocontrol	Autocontrol	11º semana
Resultado 5	Reconocimiento y regulación emocional	Regulación emocional	14º semana
Resultado 6	Disminución de las NSSI	Unión de las anteriores	14º semana

Resultados secundarios

Objetivo específico: educar en cuanto a NSSI

Nº resultado	Resultado esperado	Técnica empleada	Tiempo estimado
Resultado 1	Discernimiento entre emoción-acción y pensamiento	Psicoeducación	2º semana
Resultado 2	Comprensión a nivel psicológico de las NSSI	Psicoeducación	2º semana
Resultado 3	Comprensión de la influencia de la familia y el contexto en la aparición o mantenimiento de las NSSI	Psicoeducación	3º semana

Objetivo específico: Modificar patrones de pensamiento disfuncionales

Nº resultado	Resultado esperado	Técnica empleada	Tiempo estimado
Resultado 1	Reconocimiento de opciones de pensamiento para una misma situación	Reestructuración cognitiva	4º semana
Resultado 2	Aprendizaje del cuestionamiento socrático para creencias y pensamientos distorsionados	Reestructuración Cognitiva	5º semana
Resultado 3	Aprendizaje del cuestionamiento y generación de alternativas en cuanto al futuro	Reestructuración Cognitiva	6º Semana

Objetivo específico: Manejar la solución de problemas

Nº resultado	Resultado esperado	Técnica empleada	Tiempo estimado
Resultado 1	Aprendizaje de la descomposición de una situación controlada	Solución de Problemas	7º semana
Resultado 2	Aprendizaje de la técnica de solución de problemas en grupo	Solución de Problemas	8º semana
Resultado 3	Aprendizaje de la técnica de solución de problemas individualmente	Solución de problemas	9º semana

Objetivo específico: Aumentar el autocontrol

Nº resultado	Resultado esperado	Técnica empleada	Tiempo estimado
Resultado 1	Identificación de las situaciones que generan descontrol	Autorregistro	10º semana
Resultado 2	Identificación de las situaciones que controlan	Lista de situaciones controladas y autorregistro	11º semana

Objetivo específico: Reconocer las emociones y regularlas

N° resultado	Resultado esperado	Técnica empleada	Tiempo estimado
Resultado 1	Experimentación de la tristeza sin disociación y en un lugar seguro	Regulación emocional en grupo	12° semana
Resultado 2	Inhibición de las acciones estado de ánimo dependientes e implementación de la atención a otra tarea	Regulación Emocional y Mindfulness	12° semana
Resultado 3	Experimentación de la ira sin disociación y en un lugar seguro	Regulación emocional en grupo	13° semana
Resultado 4	Experimentación de la alegría sin disociación y en un lugar seguro	Regulación emocional en grupo	14° semana

Objetivo específico: Generar conocimiento de las NSSI en los familiares

N° resultado	Resultado esperado	Técnica empleada	Tiempo estimado
Resultado 1	Conocer los conceptos y sintomatología de las NSSI	Psicoeducación	1° semana
Resultado 2	Conocer los factores familiares y contextuales asociados a las NSSI	Psicoeducación	8° semana
Resultado 3	Desahogo emocional	Terapia multi-familiar	14° semana

5. Discusión

A lo largo del tiempo las Autolesiones No Suicidas han sido ampliamente estudiadas en la adolescencia por ser una población en riesgo para este tipo de conducta. Actualmente, el aumento progresivo de las conductas autolesivas en esta población, principalmente en aquella hospitalizada, hace que nos encontremos ante un tema de interés público de gran importancia.

Los factores asociados a la aparición y mantenimiento de las NSSI son múltiples y variados, siendo de elevada complejidad la realización de un programa que abarque todas las necesidades. El presente programa de intervención contempla cuatro problemáticas principales en los jóvenes que presentan NSSI: patrones de pensamiento disfuncionales, baja capacidad en la solución de problemas, impulsividad y disregulación emocional. Además, se tienen en cuenta los factores asociados al contexto y se realiza un módulo específico para padres y familiares de la persona afectada.

En cuanto al realización del programa también se han considerado las intervenciones anteriores realizadas con los adolescentes que presentan NSSI. Se ha usado la Terapia Dialectico Conductual por ser la más eficaz en cuanto al tratamiento de esta problemática tal y como se muestra en programas de intervención anteriores (Fleischhaker et al., 2011). También se han tenido en consideración los programas anteriores que tratan técnicas de corte cognitivo conductual por ser específicamente eficaces para algunos factores asociados a las NSSI (Taylor et al., 2011) como los pensamientos disfuncionales, la dificultad en la solución de problemas y la impulsividad. Es por ello, que el presente programa está basado principalmente en la Terapia Cognitivo Conductual con la consideración de la fase de regulación emocional de la Terapia Dialéctico Conductual. El Mindfulness también se ha tenido en cuenta como técnica asociada a la Terapia Dialéctico Conductual.

Para el diseño, el Grupo Experimental se ha comparado con Grupo Control No Tratado en Lista de Espera y con el Tratamiento Habitual realizado en el hospital, grupo TAU. Los resultados esperados demuestran que el programa puede ser útil para la población adolescente con NSSI a través de la unión de la TCC y la TDC.

En primer lugar, se espera una reducción de patrones de pensamiento disfuncionales a través de la Psicoeducación y la Reestructuración Cognitiva. Estas dos técnicas, procedentes de la TCC, han demostrado su eficacia (Taylor et al., 2011). En

ellas se tratan las creencias distorsionadas hacia las NSSI y creencias despreciativas hacia uno mismo desencadenantes de conductas autolesivas (Walsh, 2006).

En segundo lugar, se espera que la técnica Cognitivo Conductual de Solución de Problemas abarque la dificultad de los jóvenes ante ellos y además sirva para su utilización en futuras situaciones problemáticas que podrían desencadenar las NSSI. Se ha demostrado que esta técnica es un potente instrumento para el manejo en la búsqueda de alternativas ante los problemas (Frías et al., 2012).

A continuación, se espera que la técnica de control de impulsos mejore la impulsividad que muestran los adolescentes que presentan NSSI. La revisión actual sobre esta técnica indica que su uso para reducir la reactividad a las emociones y para mejorar la autorregulación podría reducir las NSSI (Lockwood et al., 2017).

Por último, se espera que la fase de Regulación Emocional procedente de la TDC potencie un manejo de las emociones más adaptativo a través de la experimentación de éstas sin disociación y de la implementación de una conducta alternativa a las NSSI. La fase de Regulación Emocional de la TDC ha sido ampliamente estudiada para el manejo de las NSSI y además ha demostrado su eficacia (James et al., 2008; Mollà et al., 2015; Quinn, 2009).

Limitaciones

La principal limitación del programa de intervención es la incapacidad de abordar todos los factores que rodean a las NSSI. Para la solución de esta limitación, se propone la realización de un programa que englobe otras dificultades de interés en las NSSI en adolescentes.

En cuanto a los factores asociados a la familia o contexto, tratados a través de la psicoeducación, sería importante trabajar críticas y elevada emoción expresada, abandono emocional y abuso sexual, entre otros. La solución de esta cuestión podría ser la de proponer un programa específico para familiares de adolescentes con NSSI.

Por otro lado, las técnicas terapéuticas se realizan en un corto espacio de tiempo y se tocan múltiples problemáticas sin indagar en ellas. Para solucionar esta limitación sería interesante la división del presente programa, permitiendo un tratamiento más exhaustivo de cada factor asociado a las NSSI.

Por último, se interviene solamente sobre la población hospitalizada. Aunque se considera que dicha población es una de las más afectadas en cuanto a las NSSI, sería importante extrapolar el programa de intervención a muestras comunitarias y estudiar los resultados.

Fortalezas

La unión de la Terapia Dialéctico Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual, no contemplada en otros estudios para el tratamiento de las NSSI, puede ser una fortaleza importante en este programa. También el contexto en el que se realiza, ya que los factores de cohesión y confianza grupal, necesarios en este tipo de trabajo, ya estarían conseguidos al inicio del programa.

Conclusión

Las NSSI en adolescentes son un tema de actual interés, pero el ámbito de intervención es muy amplio y es importante tratar todas aquellas dificultades que derivan de las conductas autolesivas. El programa que se propone en el presente trabajo trata de abarcar aquellas dificultades más importantes de las NSSI mediante el uso de técnicas procedentes de la Terapia Dialéctico Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual.

Debido a la complejidad de los factores de riesgo y los trastornos asociados a las NSSI, podría ser adecuado implementar diferentes programas de intervención que traten cada factor asociado a las conductas autolesivas por separado y de forma exhaustiva. De esta manera las dificultades podrían trabajarse de forma más extensa y específica.

6. Referencias bibliográficas

Alonso, C. y Romero, E. (2017). Problematic Technology use in a clinical sample of children and adolescents. Personality and behavioral problems associated. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(2), 62-70.

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591.

Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39-45.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.

Bellido, J. (2017). Seminario permanente de formación en psicoterapia emocional de integración cuerpo-mente: la vegetoterapia.

Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228.

Cárdenas Triviño, P. A., & Reinoso Sarmiento, M. A. (2017). Las autolesiones en adolescentes escolarizados: causas y consecuencias en el ámbito familiar y educativo (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas).

Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 337-347.

Conde, C. (2017). Jugarse el pellejo: una visión clínica de las autolesiones. *O DANO*, 4, 9.

De Leo, D., & Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australia*, 181(3), 140.

Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., de León-Martínez, V., Pérez-Fominaya, M., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-145.

Élices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3).

Evren, C., & Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug & Alcohol Dependence*, 80(1), 15-22.

Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3.

Frías, Á., Vázquez, M., Del Real-Peña, A., & Sánchez, C. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (103), 5.

García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Yepes, M. P., & Baca-García, E. (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 101-108.

Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.

Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128.

Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., Woodham, A., Ayodeji, E., Barret, B., Byford, S. & Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self-harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *Bmj*, 342, d682.

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.

Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 77-89.

Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469.

James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152.

Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.

Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.

Jeppson, J. E., Richards, P. S., Hardman, R. K., & Granley, H. M. (2003). Binge and purge processes in bulimia nervosa: A qualitative investigation. *Eating Disorders*, 11(2), 115-128.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-35.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Psychosocial risk and protective factors. In M.K. Nixon, & Heath (Eds.), *Self-Injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York, NY: Routledge.

Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2), 260-268.

Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986.

Kvernmo, S., & Rosenvinge, J. H. (2009). Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 235-248.

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.

Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997, April). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. In *Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA*.

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303.

Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 387-402.

Lyness, D. (2015). Cortarse. *Kidshealth*. Recuperado de <https://kidshealth.org/es/parents/cutting-esp.html?WT.ac=ctg#>

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. D., Corcoran, P., Fekete, S., Van Heeringen, K., De Leo, D. & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310.

Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193.

Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V. & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.

Muehlenkamp, J. J., & Gutiérrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23.

Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885.

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140.

Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72.

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample.

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83.

Nock, M. K., & Favazza, A. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. *Understanding Nonsuicidal self-injury: Origins, Assessment, and Treatment*, 9-18.

Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816.

O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Miles, J., & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 68-72.

Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1122-1128.

Plante, L. G. (2007). *Bleeding to ease the pain: Cutting, self-injury, and the adolescent search for self*. Greenwood Publishing Group.

Quinn, C. R. (2009). Efficacy of dialectical behaviour therapy for adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 61(3), 156-166.

Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.

Scilletta, D. B. (2012). Aplicación de un método de investigación sistemática al discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel. Contraste entre los diferentes resultados obtenidos.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2015). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Editorial Kairós.

Shin, Y. M., Chung, Y. K., Lim, K. Y., Lee, Y. M., Oh, E. Y., & Cho, S. M. (2009). Childhood predictors of deliberate self-harm behavior and suicide ideation in Korean adolescents: a prospective population-based follow-up study. *Journal of Korean Medical Science*, 24(2), 215-222.

Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors. *Self-injurious behaviors, assessment, and treatment*, 1-28.

Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica.

Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93(1), 87-96.

Taylor, L. M., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Simic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 619-625.

Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo: Riesgos, problemas y trastornos*. Pirámide.

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576-585.

Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 38-45.

Walsh, B. W. (2006) Treating self-injury: a practical guide. New York, NY: Guilford Publications, Inc.

Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057-1068.

Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171-1178.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C. & Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698.

Whitlock, J., Exner-Cortens, D., & Purington, A. (2014). Assessment of nonsuicidal self-injury: Development and initial validation of the Non-Suicidal Self-Injury–Assessment Tool (NSSI-AT). *Psychological Assessment*, 26(3), 935.

Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., O Sullivan, R. L. & Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 454-459.

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495-501.

Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 277-286.

Zacarés, J.J., Iborra, A., Tomás, J.M. y Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología* 25(2), 316-329.

Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773.

7. Anexos

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES

D/Dña. _____ con DNI _____, consiente la participación en el programa de intervención denominado **“Programa de Intervención para el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas en población adolescente”** que tiene como finalidad el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas en los jóvenes. Con este consentimiento manifiesta que ha sido informado de los objetivos del programa y del correcto y confidencial tratamiento de los datos personales según La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Y para que así conste, con la presente firma otorga el consentimiento para la participación en dicho proyecto.

En _____, a ____ de ____ de ____

Fdo.: _____

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

D/Doña. _____ con DNI _____, como madre/padre/tutor legal, autorizo a D/Doña. _____ con DNI _____ autoriza a participar en el programa de intervención “Programa de Intervención para el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas en población adolescente” que tiene como finalidad el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas en los jóvenes. Con este consentimiento manifiesta que ha sido informado de los objetivos del programa y del correcto y confidencial tratamiento de los datos personales según La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Y para que así conste, con la presente firma otorga el consentimiento para la participación en dicho proyecto.

En _____, a ____ de ____ de ____

Fdo.: _____

ANEXO II: NORMAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa de intervención estará formado por seis módulos que se explicitarán al comienzo del mismo. El/la participante, participará activamente en el proceso para la correcta implementación del plan de intervención. Tanto el participante como el psicólogo/a tienen el derecho de suspender el proceso con previo aviso.

Sobre sus datos, usted tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación u omisión cuando sea necesario. La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, establece normas y disposiciones con el fin de garantizar la seguridad en lo concerniente a la privacidad de las personas y confidencialidad de la información.

En lo que se refiere a la terapia grupal usted se compromete a:

Mantener la confidencialidad de los datos que los compañeros puedan ofrecerle, ofrecer y cuidar el respeto hacia los demás compañeros. También se compromete al no contacto con dichos compañeros hasta la finalización del presente programa con el fin de ofrecer una mejor y más correcta implementación de éste.

Y para que así conste, con la presente firma otorga que ha leído y acepta las normas del programa de intervención “Programa de intervención para el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas”.

D/Doña _____ con DNI _____

En _____, a ____ de ____ de _____

Fdo.: _____

ANEXO III: MATERIALES DE EVALUACIÓN

TABLA 4

Autorregistro de emoción, pensamiento y acción

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIÓN/ES	PENSAMIENTOS	ACCIÓN

TABLA 5

Extracto de la Herramienta de Evaluación de Conductas Autolesivas (NSSI-AT)

Me daño a mí mismo	<i>Totalmente en desacuerdo (1)</i>	<i>En desacuerdo (2)</i>	<i>De acuerdo (3)</i>	<i>Totalmente de acuerdo (4)</i>
Para sentir algo				
Porque mis amigos lo hacen				
Como un castigo o para quitarme pecados				
Para sentir energía				
Para lidiar con la frustración				
Para lidiar con sentimientos negativos de depresión o ansiedad				
Para que alguien se dé cuenta de que algo está mal o para llamar la atención				
Para no hacerme daño de otra manera				
Porque me siento bien haciéndolo				
Para lidiar con la ira				
Para tener el control de mí mismo y de mi vida				

